

介護保険 福祉用具貸与例外給付申請書

由利本荘市長 様

下記のとおり、福祉用具貸与について、保険給付の対象として認めるよう申請します。

また、この申請にかかる確認のために必要のあるときは、私の心身の状態及び疾病等必要な事項について由利本荘市長が調査することに同意します。なお、当該申請にかかる確認については、下記の居宅介護（介護予防）支援事業者に通知することに同意します。

本人同意欄	
-------	--

以下は、居宅介護（介護予防）支援事業者の計画作成担当者が記入してください。

◆被保険者情報

記入日 令和 年 月 日

住所		被保険者番号	
被保険者氏名		電話番号	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別	男・女
要介護状態等区分	要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 要介護 1	認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで

◆例外給付について

① 必要とする福祉用具の種類	・車いす及び車いす付属品・特殊寝台及び特殊寝台付属品・床ずれ防止用具及び体位変換器・認知症老人徘徊感知機器・移動用リフト（つり具の部分を除く）・自動排泄処理装置
② 当該福祉用具の名称	
③ 該当する被保険者の状態像 (該当するものを○印で囲んでください。)	i) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に利用者等告示第 3 1 号のイに該当する者 ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第 3 1 号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者 iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から利用者等告示第 3 1 号のイに該当すると判断できる者
④ 被保険者の疾病名及び心身の状態 例) パーキンソン病、末期がん等	
⑤ サービス担当者会議において被保険者が①の福祉用具を必要とする状態であると認めた理由 以下に留意して具体的に記入してください。 ・ i) に該当する場合、状態が変動する周期（日・時間帯）及び福祉用具を必要とする頻度を記載すること ・ iii) に該当する場合、医学的判断の具体的な内容を記載すること	

◆添付書類（該当するものにチェックを入れてください。）

医師の医学的な所見を示す資料	☐ 主治医意見書
	☐ 診断書
	☐ 担当介護支援専門員が医師から聴取した所見の記録
担当者会議等の計画に関する資料	☐ 居宅サービス計画書（第 1 表～第 7 表）
	☐ 介護予防支援に係る関連様式

◆作成者

居宅介護（介護予防）支援事業者名			
計画作成担当者氏名		電話番号	